

# ¿A qué tengo derecho en el sistema de seguridad social en salud?

## Cartilla del usuario



**ONUSIDA**  
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR UNODC  
UNICEF OIT  
PMA UNESCO  
PNUD OMS  
UNFPA BANCO MUNDIAL

Proyecto de capacitación y empoderamiento  
en Vih, Sida y Derechos Humanos



**Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre Vih y Sida  
-ONUSIDA-  
Grupo Temático para Colombia**

**Derechos Humanos, infección por Vih y Sida**

**¿A qué tengo derecho en el sistema  
de seguridad social en salud?**

**Cartilla del usuario**

**GERMÁN HUMBERTO RINCÓN PERFETTI**

Edición: RICARDO GARCÍA BERNAL



**ONUSIDA**  
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR UNODC  
UNICEF OIT  
PMA UNESCO  
PNUD OMS  
UNFPA BANCO MUNDIAL

## **¿A qué tengo derecho en el sistema de seguridad social en salud?**

©Germán Humberto Rincón Perfetti

©ONUSIDA

Revisión:

Ricardo García Bernal

Primera edición

Febrero de 2008

Bogotá - Colombia

Diseño y producción editorial:

Torre Gráfica

Impresión:

Pro-Offset Editorial S.A.

Oficina de ONUSIDA en Colombia

Calle 102 No 17- A – 61

6467000 extensión 322

[www.onusida.org.co](http://www.onusida.org.co)

Bogotá - Colombia

## **¿EN QUÉ FORMA PUEDO RECIBIR SERVICIOS DE SALUD?**

Ingresando al sistema de seguridad social en salud (SGSSS) por alguna de las puertas de entrada, es decir, el régimen contributivo, régimen subsidiado o al régimen establecido para las personas llamadas “vinculadas” –personas pobres no aseguradas- (este último es provisional y desaparecerá cuando el SGSSS alcance una cobertura de afiliación del 100% de la población colombiana).

## **¿QUÉ PERSONAS HACEN PARTE DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?**

Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante un contrato laboral, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales, las y los servidores públicos, las personas pensionadas por jubilación, vejez, invalidez, sus sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. Asimismo, las personas trabajadoras independientes, rentistas, propietarias de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

## **¿CÓMO PUEDO AFILIARME AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?**

Escogiendo una empresa promotora de salud (EPS) a su libre elección (todas por Ley deben prestar los mismos servicios), avisar al empleador, llenar el formulario de afiliación incluyendo en él las personas que serán beneficiarias, adjuntando los documentos que acrediten esa calidad (registros civiles, declaración extrajuicio según sea el caso, fotocopias documentos de identidad). Si es independiente se afilia llenando el formulario y entregando la documentación de las personas beneficiarias. La EPS aplica la presunción de ingresos y le informa sobre cual valor debe pagar mensualmente los aportes (que corresponden al 12.5% del ingreso base de cotización).



### ¿QUÉ PERSONAS HACEN PARTE DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Las personas consideradas población pobre y vulnerable que sean identificadas como tal de acuerdo con la encuesta del SISBEN (sistema de selección de beneficiarios de programas sociales como educación, salud, vivienda, bienestar, recreación) por no tener capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo, que no se encuentren afiliadas o sean beneficiarias en otros regímenes y que sean clasificadas en los niveles 1 y 2 de la encuesta. Estas personas reciben entonces subsidio total o parcial para completar el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S).

### ¿QUÉ PERSONAS SE CONSIDERAN “VINCULADAS”?

Aquellas no que tienen dinero para pagar los servicios de salud y no estén aún afiliadas al SGSSS dentro del régimen subsidiado.

### ¿LA SIGLA “POS” QUÉ SIGNIFICA?

Plan Obligatorio de Salud. Constituye un “paquete de servicios básicos” que deben prestar todas las EPS, sean del régimen contributivo o del subsidiado –anteriormente las EPS del subsidiado se denominaban ARS- y al cual tienen derecho las personas afiliadas. Incluye la protección integral de las familias, atención a la maternidad y la enfermedad en general, servicios de información, promoción y fomento de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades.

### ¿QUÉ NO INCLUYE EL POS?

Las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, los procedimientos considerados cosméticos o estéticos, las complicaciones o resultados de estos tratamientos o procedimientos tales como cirugías estéticas o con fines de embellecimiento, tratamientos nutricionales con fines estéticos, medias elásticas de soporte, corsés, fajas, medicamentos experimentales. Tampoco incluye



procedimientos de periodoncia, ortodoncia, tratamiento de várices con fines estéticos y otros.

### **¿CÓMO SE PUEDE ACCEDER A UNA CONSULTA CON UN(A) MÉDICO ESPECIALISTA?**

Se hace a través de (la) remisión efectuada por medicina general desde el primer nivel de atención. Para enviar de un(a) especialista a otro(a) –tránsito entre niveles de complejidad- se requiere también de la remisión, excepto en casos de urgencia o pediatría. Cuando una persona haya sido diagnosticada y requiera asistir periódicamente a los servicios de especialista(s) podrá hacerlo en forma directa, es decir, sin pasar nuevamente por medicina general.

### **¿LA LEY ESTABLECIÓ ALGUNA OBLIGACIÓN PARA LAS ENTIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD EN EL TEMA DE CITAS?**

Si. La reforma de la Ley 100 estableció la obligación para las EPS de “atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios. Asimismo, las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.”

### **¿QUÉ BENEFICIOS GARANTIZA A LAS PERSONAS AFILIADAS COTIZANTES –ES DECIR A QUIÉNES APORTAN EN FORMA DIRECTA - AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?**

La prestación de los servicios de salud incluidos en el POS, el subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional y el subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

### **¿QUÉ BENEFICIOS GARANTIZA A LAS PERSONAS AFILIADAS COMO BENEFICIARIAS – ES DECIR, A QUIÉNES SON FAMILIARES DE QUIEN APORTA - EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?**

Únicamente los servicios de salud.



### **¿QUÉ BENEFICIOS GARANTIZA A LAS PERSONAS AFILIADAS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?**

Únicamente los servicios de salud.

### **¿PUEDEN NEGAR SERVICIOS A UNA PERSONA POR TENER UNA ENFERMEDAD ANTES DE LA AFILIACIÓN O UNA PREEXISTENCIA?**

En el Sistema General de Seguridad en Salud, ninguna entidad podrá aplicar preexistencias. El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 26 semanas de afiliación al sistema. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario o usuaria, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica. En el régimen subsidiado, no se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto ni para los y las menores de un año.

### **¿QUÉ OCURRE SI ME APLICAN UNA PREEXISTENCIA?**

Puede presentar una queja ante la Superintendencia de Salud, entidad que podrá aplicar multas hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. También puede presentar una acción de tutela.

### **¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE UNA EPS Y OTRA?**

Las EPS son entidades que cumplen una función delegada por el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía o “banco de la seguridad social”). Se encargan de la afiliación y registro de las personas, organizan y garantizan en forma directa o indirecta la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS). Es importante aclarar que la persona se afilia a un Sistema de Seguridad Social y no a una EPS, es decir, la EPS es la puerta de entrada al “edificio de la seguridad social”. Al estar afiliada la persona se encuentra dentro del “edificio” de la seguridad social y al cambiarse de EPS únicamente



cambia de puerta de acceso al sistema. Actualmente todas se denominan EPS, tanto las del régimen contributivo como las del subsidiado (antes las del subsidiado eran denominadas ARS).

### **¿HAY EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS) DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO O SUBSIDIADO, QUE DEBEN TENER MÁS BENEFICIOS PARA LAS PERSONAS AFILIADAS QUE OTRAS?**

No. Todas las EPS deben cumplir la misma ley en todo el territorio nacional, es decir, el Plan Obligatorio de Salud (POS).

### **¿SE PUEDE AFILIAR EL GRUPO FAMILIAR?**

Si. Se puede afiliarse al cónyuge o al compañero o compañera permanente desde el mismo momento de comenzar la unión libre, a los hijos e hijas menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero(a)s que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de quien cotiza, a los hijos e hijas mayores de 18 años y hasta los 25 que sean estudiantes de dedicación exclusiva, o mayores de 25 con incapacidad permanente que dependan económicamente de la persona afiliada. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos(as) con derecho, la persona soltera podrá afiliarse a padre y/o madre -no pensionados- que dependan económicamente de ella y no tengan seguridad social en salud.

### **¿PUEDO AFILIAR A OTRAS PERSONAS?**

Si. Además de las personas ya mencionadas y que hacen parte del grupo familiar más cercano, si la persona cotizante tiene otras personas que dependan económicamente y sean menores de 12 años, puede afiliarse a ellas aunque no sean familiares, siempre y cuando el o la menor no tenga cobertura por otro medio. También puede afiliarse a quienes tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad (nietos, abuelos, sobrinos, tíos, hermanos), pagando un aporte adicional (UPC adicional). En estos casos la persona afiliada cotizante deberá garantizar como mínimo un año de afiliación.



del miembro dependiente y en consecuencia la cancelación de la UPC correspondiente.

### **¿QUÉ OCURRE CUANDO AMBOS CÓNYUGES O COMPAÑERO Y COMPAÑERA COTIZAN AL SISTEMA?**

Deben estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud (EPS) y los demás miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, además de los hijos con derecho a ser inscritos, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependen económicamente de alguno de los cónyuges o compañeros, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual al 150% de las unidades de pago por capitación (UPC) correspondientes a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos. En el evento en que los padres del otro cónyuge o compañero permanente también dependan económicamente de los cotizantes, éstos podrán inscribirlos en calidad de cotizante dependiente, siempre y cuando cancelen un valor adicional. Si uno de los cónyuges dejara de ostentar la calidad de cotizante, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando y los padres inscritos pasarán en forma automática a ostentar la calidad de adicionales y pagarán los valores correspondientes.

### **¿ES POSIBLE QUE LA PAREJA – CASADA O EN UNIÓN LIBRE - ESTÉN AFILIADAS A DIFERENTES EPS Y A SU VEZ TENER CADA UNO AFILIADOS A LOS HIJOS E HIJAS, CON EL FIN DE TENER DOS POSIBILIDADES DE ATENCIÓN EN DIFERENTES EPS?**

No. El grupo familiar debe estar en la misma EPS. Cuando ocurre, esta práctica afecta y defrauda al sistema de salud, ya que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) estaría girando mensualmente un doble recurso, es decir, a una EPS por todas las personas afiliadas como beneficiarias y a la otra EPS igual. Cuando una persona cotizante afilia a su familia no debe cancelar sumas adicionales, sin embargo, teniendo en cuenta el principio de solidaridad y la redistribución de los recursos, por cada persona afiliada como beneficia-



ría el FOSYGA le gira a la EPS así esa persona no asista a los servicios de salud. En consecuencia, los servicios que se prestan a las personas cotizantes y beneficiarias son los mismos, ya que la EPS siempre recibe dinero por cada persona afiliada, independientemente de la capacidad de aporte de cada una.

### **¿SI UNA PERSONA TIENE HIJOS FUERA DEL MATRIMONIO O EN UNIÓN LIBRE, PUEDE AFILIARLOS A LA EPS?**

Si. La Ley establece que todas las personas del mismo grupo familiar deben estar afiliadas a una misma EPS, salvo que exista imposibilidad de mantener la unidad o por problemas relacionados con el lugar de residencia de sus integrantes. Si el otro padre o madre les tiene afiliados es suficiente. Si realizan múltiple inscripción, será válida la primera.

### **¿PUEDE UNA PERSONA ESTAR AFILIADA COMO BENEFICIARIA Y AL MISMO TIEMPO COMO COTIZANTE?**

No. Cuando la persona figura al mismo tiempo como beneficiaria (persona que hace parte del grupo familiar) y cotizante (persona quien está afiliada ya sea empleada o como independiente y hace los aportes mensuales) será válida la inscripción como cotizante. La Ley prohíbe la doble afiliación porque se estaría generando un doble pago por cuenta del sistema de seguridad social, debido a que por cada persona afiliada (sea cotizante o beneficiaria) se le entrega a la EPS una suma de dinero, tasada en lo que se denomina la UPC (Unidad de Pago por Capitación). Si una persona se encuentra afiliada como cotizante a una EPS, el Sistema le entrega una UPC a la entidad prestadora y si también lo está en otra como beneficiaria igualmente ésta recibirá otra UPC, con lo cual se estaría duplicando el pago y defraudando al sistema.

### **¿LOS SERVICIOS QUE LE PRESTAN A UNA PERSONA AFILIADA COMO COTIZANTE SON IGUALES A LOS QUE RECIBEN LAS PERSONAS BENEFICIARIAS O FAMILIARES?**

Todas las personas afiliadas, independientemente si son cotizantes o beneficiarias, tienen derecho a recibir los mismos servicios.



### **¿QUÉ OCURRE CUANDO UNA O VARIAS DE LAS PERSONAS QUE HACEN PARTE DEL GRUPO FAMILIAR SE ENCUENTRAN EN CIUDADES DIFERENTES Y EN UNA DE ELLAS NO TIENE SEDE LA EPS?**

Cuando la Entidad Promotora de Salud correspondiente no tenga cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las Entidades Promotoras de Salud o con las instituciones prestadoras de servicios (IPS) que operen en ese lugar.

### **¿QUE OCURRE CON LA ATENCIÓN EN SALUD PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS RECIÉN NACIDOS?**

Los niños y niñas recién nacido(a)s quedan automáticamente como beneficiarios o beneficiarias de la Entidad Promotora de Salud (del régimen contributivo o régimen subsidiado) a la cual esté afiliada la madre.

### **¿PUEDEN CAMBIARSE DE EPS LAS PERSONAS QUE TIENEN ENFERMEDADES DE ALTO COSTO?**

En términos generales una persona (y su grupo familiar) puede cambiarse de EPS por dos circunstancias, la primera por libre elección cada año (es decir, sin causa) o por mala prestación del servicio en cualquier momento. Quienes tienen una enfermedad de alto costo como cáncer, insuficiencia renal, patologías cardíacas, infección por Vih o Sida, gran quemado, reemplazo parcial o total de cadera o rodilla o enfermedades del sistema nervioso central, también lo pueden hacer teniendo en cuenta alguna de las siguientes circunstancias:

1. Por mala prestación del servicio en cualquier momento. (mala prestación se presenta cuando no se entregan los medicamentos en tiempo o no se practican los exámenes de diagnóstico o de seguimiento, cuando no hay reactivos o contrato vigente, cuando se demoran los procedimientos, etc.). Para cambiarse de EPS no se requiere de ningún certificado de mala atención expedido por autoridad alguna como la Supersalud, el Ministerio o las Secretarías de Salud.
2. Por voluntad propia, cuando hayan pasado dos años posteriores a la culminación del tratamiento (D. R. 1485/94 art. 14.9.)



### **¿QUÉ PASA MIENTRAS SE HACE EFECTIVO EL CAMBIO Y SE COMIENZAN A ENTREGAR MEDICAMENTOS EN LA NUEVA EPS? ¿QUIÉN SE HACE CARGO DE ESTA ENTREGA?**

La responsabilidad de la EPS anterior no se agota o extingue en el momento del traslado de la persona a otra entidad, cuando la causa de esta determinación se relaciona con el inadecuado cumplimiento de sus obligaciones legales. (D. 47/2000 Art. 9)

### **¿SE LE PUEDE NEGAR LA AFILIACIÓN O CAMBIO DE EPS A UNA PERSONA POR SER MAYOR DE 50 AÑOS, POR TENER UNA ENFERMEDAD DE ALTO COSTO O POR SER COTIZANTE INDEPENDIENTE?**

No. A ninguna persona y por ninguna circunstancia asociada a su edad, género, estado de salud o enfermedad, condición laboral (ser empleada o independiente), se le puede negar la afiliación o el cambio de EPS.

### **¿AL CAMBIARME DE EPS PIERDO LA ANTIGÜEDAD O SEMANAS COTIZADAS?**

No. La afiliación se hace al sistema de seguridad social en salud –no a una EPS-, por ello al cambiar de EPS las semanas cotizadas en la anterior siguen vigentes. El cambio de EPS es como cambiar de puerta de entrada al edificio de la seguridad social, pero sin abandonarlo. Cuando la persona pasa del régimen subsidiado al contributivo las semanas que estuvo en el anterior se tienen en cuenta para la antigüedad.

### **¿QUÉ SE PUEDE HACER SI LA EPS NIEGA O REHÚYE LA AFILIACIÓN?**

Ninguna EPS en el país puede negarse a recibir afiliaciones o traslados mientras que se haga conforme lo exige la Ley (excepto si ha sido sancionada o en caso de que haya pedido autorización a la Superintendencia de Salud para no afiliar más personas por razones de cobertura). Si una EPS niega la afiliación se puede presentar una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud o una acción de tutela.



### **¿EN QUÉ FORMA PUEDO PEDIR LA CERTIFICACIÓN DE SEMANAS COTIZADAS Y PARA QUE SIRVE?**

Se puede hacer verbalmente (caso en el cual la respuesta puede ser verbal) o por escrito. (Ambos constituyen un derecho de petición al cual las entidades tienen el deber de contestar dentro de los 15 días hábiles siguientes. Si la respuesta se demora se puede acudir a la acción de tutela por violación al derecho fundamental de petición y entonces la entidad debe contestar por escrito). La certificación de las semanas cotizadas sirve para presentarla a la nueva EPS con el fin de que la antigüedad sea tenida en cuenta.

### **¿ES POSIBLE ESTAR EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y EN SUBSIDIADO AL MISMO TIEMPO?**

No. Esta es una práctica que defraudaría al sistema. Cuando esto ocurre se cancela la inscripción al Régimen Subsidiado.

### **¿SE PUEDEN OBTENER MEDICAMENTOS QUE NO ESTÉN CUBIERTOS EN EL POS?**

Si. Para ello existen los comités técnico-científicos, conocidos también como comités de farmacia o de medicamentos. (La Corte Constitucional se pronunció al aclarar que realmente no son ni técnicos ni científicos, pero si cumplen labores administrativas). Se presenta la documentación y luego de aprobado el suministro de los medicamentos, la entidad puede pasar una cuenta de cobro al FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) para el reintegro total o parcial del costo de los medicamentos suministrados. Si el suministro de medicamentos es negado por el comité, se puede acudir a la acción de tutela.

### **¿LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA PUEDEN NEGAR SERVICIOS?**

En algunos casos si. Pueden aplicar preexistencias y exclusiones, siempre y cuando hayan realizado examen de ingreso. (Las EPS no pueden aplicar preexistencias, ni exclusiones).



### **¿PUEDE UNA ENTIDAD EXIGIR DEPÓSITOS PREVIOS PARA ATENDER UNA URGENCIA?**

No. La Ley 100 en su artículo 168 estableció: “La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa.”

### **UNA PERSONA INGRESÓ A UNA CLÍNICA POR URGENCIAS Y DURÓ VARIOS DÍAS. CUANDO LE DIERON LA SALIDA LA FAMILIA NO TENÍA CON QUE PAGAR LA CUENTA. ¿PUEDE LA CLÍNICA RETENER AL PACIENTE HASTA CUANDO PAGUEN?**

No. La clínica puede cobrar los servicios de diferentes formas como el SOAT –si fue una lesión por accidente de tránsito- a la EPS, Secretaría de Salud, FOSYGA (eventos catastróficos). Prestar servicios de salud es una función social, siendo la misma un bien de interés público, que va de la mano a uno de los principios más importantes de la Constitución como lo es la Dignidad Humana. Además, dentro de los deberes que consagró la Constitución está el de obrar conforme a los principios de solidaridad social respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas. El derecho a la salud está protegido también por tratados internacionales que versan sobre derechos humanos (El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre derechos humanos). los cuales establecen que “no habrá cárcel por deudas o incumplimientos de contratos”.

Cuando una persona ingresa a un centro asistencial se inicia un contrato de prestación de servicios que genera compromisos mutuos, para la institución el de brindar atención a la persona conforme su necesidad y para la persona usuaria el de pagar por esos servicios. Sin embargo, si la persona no tiene capacidad económica no se le puede impedir su salida ya que ello constituye secuestro. La ley 1122 de 2006 estableció: “Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales



responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución”.

### **¿A QUÉ TIENE DERECHO UNA PERSONA Y/O SU GRUPO FAMILIAR CUANDO QUEDAN AFILIADAS A UNA EPS?**

Apenas este lista la afiliación y sin necesidad de hacer el primer pago –en el régimen contributivo-, tienen derecho a recibir inmediatamente el servicio de urgencias, el resto de los servicios se atienden cuando haya cancelado las cuatro primeras semanas.

### **¿SI UNA PERSONA SE AFILIA A UNA EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, ADEMÁS DE LA CUOTA MENSUAL DEBE HACER OTROS PAGOS?**

Si, tanto la persona afiliada como cotizante (quien aporta mensualmente) como su grupo familiar (personas beneficiarias) deben cancelar cuotas moderadoras y las personas beneficiarias pagos compartidos o copagos.

### **¿CUÁNTO TIEMPO TIENE DE COBERTURA UNA PERSONA CUANDO DEJA DE COTIZAR A UNA EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?**

Una vez finalizada la vinculación laboral de una persona empleada, o suspendido el aporte que haga la persona que cotice como independiente, tanto la persona afiliada como su familia tienen cobertura por treinta (30) días más contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo durante los doce meses anteriores. Si la persona ha cotizado cinco años o más a la misma EPS el periodo de protec-



ción se amplía a 3 meses. En este tiempo adicional solamente se prestarán los servicios de las enfermedades por las que había sido atendido y los servicios de urgencias.

### **¿QUÉ SON LOS PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN?**

Son aquellos periodos mínimos de cotización que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. En caso de urgencias no se pueden exigir estos periodos.

### **¿EXISTEN ACTIVIDADES QUE NO ESTÁN SOMETIDAS A LOS PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN?**

Serán de atención inmediata, sin someterse a períodos de espera, el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, la atención inicial de urgencias y las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se hagan en el primer nivel de atención. En ningún caso podrá aplicarse periodos mínimos de cotización al niño o niña que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El o la bebé quedará automáticamente afiliado(a) y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el P.O.S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del(a) recién nacido(a) en el formulario correspondiente.

### **¿QUÉ PASA CUANDO UNA PERSONA NO TIENE EL MÍNIMO DE SEMANAS EXIGIDAS POR LA LEY Y REQUIERE DE MEDICAMENTOS O EXÁMENES?**

La persona deberá pagar un porcentaje del valor total del medicamento o tratamiento y el valor de este pago será proporcional a las semanas de cotización que le hagan falta para completar las 26 semanas. Es decir, mientras mayor sea el número de semanas cotizadas, menor será el valor que debe pagar.

### **¿QUÉ SON LOS COPAGOS, CUÁL ES SU FINALIDAD Y QUIÉN LOS HACE?**

Son pagos compartidos. Es un aporte que hace la persona que utiliza los servicios de la EPS y es una parte del valor total



del mismo. Es decir, la EPS paga una parte y la persona otra. La persona colabora con la financiación del sistema de salud. El dinero queda para la EPS. Lo pagan única y exclusivamente las personas beneficiarias (quien es cotizante está eximido) cuando tenga atención hospitalaria. El pago es proporcional a los ingresos de la persona cotizante y tiene topes *por enfermedad y por año*. Luego de pagado el tope máximo anual, no debe volverse a cancelar.

### ¿QUÉ SON LAS CUOTAS MODERADORAS, CUÁL ES SU FINALIDAD?

Las cuotas moderadoras son pagos que hace el usuario(a) al momento de solicitar acceso a ciertos servicios de salud: consulta médica externa, odontológica, atención paramédica, medicina alternativa, consulta externa de médico especialista, fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, exámenes de diagnóstico ordenados en forma ambulatoria. También son llamados “bonos”. La finalidad de estas cuotas es racionalizar el uso de los servicios médicos.

### ¿UNA EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO PUEDE COBRAR AMBAS?

No. Para un mismo servicio cobra la cuota moderadora o cobra el copago, pero no ambas.

### ¿A TODAS LAS PERSONAS SE LES COBRA EL MISMO VALOR DE COPAGO?

No. Los copagos para las personas beneficiarias se cobran en relación con el número de salarios mínimos que devengue la persona cotizante y oscilan entre el 10% (quienes devengan menos de 2 salarios mínimos) y el 20% (quienes ganan más de 5 salarios mínimos) del costo de la atención con topes máximos anuales que van desde medio salario hasta cuatro.

### ¿QUÉ PASA SI UNA PERSONA NO TIENE CÓMO CANCELAR LOS COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS?

La Ley estableció que en ningún caso los copagos o las cuotas moderadoras pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios a los más pobres, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar



o morir. En consecuencia, una persona que no tenga el dinero suficiente para pagar puede solicitar la exoneración presentando un derecho de petición a la EPS o presentando una acción de tutela.

### **¿AL LLEVAR LOS EXÁMENES ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE O VOLVER A CONTROL SE DEBE CANCELAR CUOTA MODERADORA?**

La Ley dio autonomía a las EPS para establecer las frecuencias de esos pagos, teniendo en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. Las EPS están en libertad de no cobrar las mismas en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems. Cuando la persona esté inscrita o deba someterse a un programa especial de atención integral en el cual se establezca un plan de actividades o controles está prohibido el cobro de cuotas moderadoras.

### **¿UNA OPERACIÓN DE NARIZ O CIRUGÍA ESTÉTICA, ES “DEMANDABLE”?**

Cuando el objetivo de la cirugía es una corrección estética, la EPS no está obligada a prestar el servicio, así como tampoco las complicaciones que tenga esta cirugía y el costo tendría que asumirlo la persona por su propia cuenta, pero si la cirugía es necesaria para el funcionamiento adecuado del sistema respiratorio (corrección funcional), su costo debe ser cubierto por la EPS.

### **¿CUÁNTAS SEMANAS SE DEBE HABER COTIZADO PARA QUE UNA EPS ATIENDA Y PAGUE LA INCAPACIDAD DE UN PARTO?**

Para recibir los servicios correspondientes a la atención del parto solo se requiere la afiliación, pero para el pago de la incapacidad se requiere que la afiliada haya cotizado como mínimo un período igual al período de gestación.

### **¿LA EPS PUEDE NEGAR EL PAGO DE INCAPACIDADES?**

La respuesta en general es NO, pero existen las siguientes excepciones:



1. Por concepto de incapacidad por enfermedad general cuando ésta se origine en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad éste deberá cancelar su monto por todo el periodo de la misma y no habrá lugar a reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social ni de las Entidades Promotoras de Salud.
3. Cuando complete los 180 días de incapacidad.
4. Cuando no lleve cuatro semanas de afiliación como cotizante.

### **¿QUÉ OCURRE CUANDO LA EMPRESA ESTÁ EN MORA EN EL PAGO DE LOS APORTES EN SALUD Y SE PRESENTA UNA ENFERMEDAD DE UN EMPLEADO O EMPLEADA?**

Cuando una persona trabajadora requiera atención médica y su afiliación se encuentre suspendida por causa del no pago por parte del empleador, éste deberá asumir totalmente el costo de dicha atención o cancelar el valor total de las cotizaciones atrasadas correspondientes a la totalidad de sus trabajadores.

### **¿QUÉ MECANISMOS EXISTEN PARA EXIGIR EL DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA DE IPS Y DE LA ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE LAS INSTITUCIONES?**

La Ley estableció que todas las personas afiliadas al sistema general de seguridad social en salud tienen la libertad de elección y traslado de EPS, así como la libertad de elección de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales, entre las opciones que cada EPS ofrezca en su red de servicios. La EPS debe garantizar la prestación de los servicios entre un número plural de prestadores y tener a disposición de las personas afiliadas el listado de prestadores de servicios conforme el grado de complejidad y grado de especialización que requiera el tratamiento. Cuando una persona comienza a trabajar debe informar al empleador la EPS en la cual desea ser



afiliado(a); si no lo hace, la empresa le puede asignar la EPS y esta afiliación será válida por tres meses y podrá prorrogarse hasta un año si el trabajador no manifiesta otra decisión en ese período. Las personas sólo podrán cambiarse de EPS cuando haya transcurrido un año, salvo cuando exista mala prestación del servicio o en caso de que la entidad no siga operando. Igualmente, se consagró la participación de las personas afiliadas, en forma individual o mediante organizaciones en todas las instancias de asociación, representación o veeduría de las entidades rectoras, aseguradoras y prestadoras de salud.

### **¿QUÉ OCURRE CUANDO UNA PERSONA TIENE VARIOS EMPLEOS O PENSIÓN Y ADEMÁS TRABAJA?**

Debe estar afiliada a la misma EPS y cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de 20 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

### **¿LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN DOCENCIA TIENEN ALGÚN BENEFICIO O PROTECCIÓN ESPECIAL?**

Si. Las personas dedicadas a la docencia en establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aún en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.

### **¿LAS EPS DEBEN ENTREGAR CARNÉS?**

Si. Las Entidades Promotoras de Salud están en la obligación de expedir un carné a cada una de las personas afiliadas del Régimen Contributivo o Subsidiado, el cual será el documento de identificación.

### **¿QUÉ TIEMPO DE DURACIÓN TIENE EL CARNÉ?**

Tendrá validez mientras las personas afiliadas a esa entidad conserven tal calidad; cuando



se pierda por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolverse el carné a la EPS que lo expidió.

### **¿SE PUEDE SUSPENDER LA AFILIACIÓN?**

Si, después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso, o cuando la persona afiliada cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancele la unidad de pago por cotización adicional.

### **¿QUÉ OCURRE CUANDO LA EMPRESA O EL EMPLEADOR O FONDO DE PENSIONES NO ESTÁ AL DÍA EN EL PAGO DE LOS APORTES A SALUD?**

Cuando la suspensión sea por causa del empleador o de la administradora de pensiones, éste o ésta deberá garantizar la prestación de servicios de salud a las y los trabajadores que así lo requieran, sin perjuicio de la obligación de pagar los aportes atrasados y de las sanciones a que haya lugar por este hecho.

### **¿QUIÉN RESPONDE CUANDO HAY ATRASO EN EL PAGO DE LOS APORTES?**

El empleador, fondo de pensiones o la empresa. También deben hacerse cargo de los gastos de salud en que incurra la persona por mora en estas situaciones y deben pagar las indemnizaciones a que haya lugar. Los aportes deben pagarse aún después de la desvinculación de la persona trabajadora.

### **CUANDO EL EMPLEADOR, LA ADMINISTRADORA DE PENSIONES O LA PERSONA AFILIADA QUEDA AL DÍA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES, ¿CUÁNDO LE VUELVEN A PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD?**

Al quedar al día se levanta la suspensión y deben prestar la atención inmediatamente.

### **¿EN QUÉ CASOS SE INTERRUMPE LA AFILIACIÓN?**

Habrà lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los periodos por los cuales se interrumpe la cotización, cuando la persona afiliada cotizante o pensionada y sus beneficiarias residan temporalmente en el



exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS del régimen contributivo a la cual se encontraba(n) afiliada(s). No obstante, deberá aportar el porcentaje de solidaridad (1.5%) por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

### **¿EXISTEN CASOS EN LOS CUALES LAS PERSONAS DEBEN DEVOLVER DINEROS?**

Si, cuando se presenten conductas abusivas o de mala fe. En estas circunstancias se pierde la antigüedad y además debe reembolsar a la Entidad Promotora de Salud el valor de los servicios obtenidos en virtud de dicha conducta. Son conductas abusivas o de mala fe:

1. Solicitar u obtener para si o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;
2. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos.
3. Suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa.
4. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.
5. Incluir como personas afiliadas adicionales a personas que se encuentren afiliadas al régimen subsidiado o a un régimen de excepción salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema o personas que tengan capacidad de pago.

### **¿LAS EPS PUEDEN CANCELAR AFILIACIONES?**

Solamente cuando mediante conducta fraudulenta o contraviniendo normas se hayan afiliado personas sin tener derecho a ello. Estas personas podrán reingresar al Sistema General de Seguridad Social en Salud ostentando la calidad que realmente le corresponde, ya sea como



cotizante del régimen contributivo o como beneficiaria del régimen subsidiado, previo cumplimiento de las normas de afiliación vigentes.

### **¿QUÉ OCURRE CUANDO LA EMPRESA O EL EMPLEADOR OMITIÓ U OLVIDA REPORTAR LA DESVINCULACIÓN DE UNA PERSONA TRABAJADORA?**

El reporte debe realizarse dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce la novedad de retiro, si ello no se hace la empresa responderá por el pago integral de la cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS.

### **¿HAY SANCIÓN POR AFILIACIÓN IRREGULAR?**

Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho período. Cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes. De igual manera, la EPS solicitará el reembolso por los servicios prestados a sus usuarios, cuando establezca que la persona debería estar afiliada al sistema como cotizante, durante los seis meses inmediatamente anteriores a su vinculación.

### **¿PUEDEN LAS EPS EN FORMA UNILATERAL CANCELAR AFILIACIONES?**

No. Las Entidades Promotoras de Salud no pueden terminar la relación contractual con sus afiliados y afiliadas en forma unilateral, ni pueden negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe de la persona usuaria. También están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



### ¿EL SISTEMA DE SALUD PUEDE OFRECER MEDICINAS ALTERNATIVAS?

Si. Las EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado pueden incluir tratamientos con medicinas alternativas.

### ¿QUÉ PERSONAS PUEDEN SER BENEFICIARIAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (SISBEN)?

La población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, quienes reciben subsidio total o parcial conforme los criterios de identificación y orden de prioridades: recién nacidos(as), población rural, indígena, del área urbana, teniendo en cuenta dentro de ellos a las mujeres en estado de embarazo o en periodo de lactancia, niños y niñas menores de cinco años, personas con discapacidad, mujeres cabeza de familia, personas adultas mayores, población en condiciones de desplazamiento forzado, núcleos familiares de madres comunitarias, personas desmovilizadas.

### ¿QUIÉN PUEDE SOLICITAR LA ENCUESTA DEL SISBEN?

Cualquier ciudadano o ciudadana puede solicitar, en cualquier momento, la aplicación de la encuesta SISBEN en su municipio de residencia. De igual manera cualquier persona puede solicitar que se revise una o varias encuestas con el fin de verificar la información allí consignada, o determinar la existencia de variaciones en la información inicial, que modifiquen el puntaje obtenido.

### ¿QUÉ OCURRE CON LAS “POBLACIONES ESPECIALES”?

1. La población infantil abandonada será identificada a través de certificación expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
2. Las personas consideradas como indigentes por carecer de vivienda e ingresos, deberán ser identificadas por la respectiva Alcaldía Municipal como beneficiarias del subsidio, sin necesidad de la aplicación del SISBEN.
3. Artistas, autores(as) y compositores(as), cuya calidad haya sido reconocida por los Consejos Territoriales de Cultura, se-



rán afiliados(as) al régimen subsidiado, previa aplicación del SISBEN.

### **¿QUÉ ENTIDAD ES LA ENCARGADA DE APLICAR EL SISBEN?**

La aplicación del SISBEN, su implementación y administración estará a cargo del Alcalde o Alcaldesa del respectivo municipio.

### **¿QUÉ OCURRE CUANDO UNA PERSONA ESTÁ EN UNA EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SE TRASLADA A OTRO MUNICIPIO?**

Cuando una persona fije su residencia en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, debe informar a la EPS a la cual se encuentre afiliada para tener derecho a recibir servicios de salud por parte de la red pública del municipio al que se traslada. Cuando esta red pública le preste algún servicio, pasará la cuenta de cobro a la EPS hasta que se venza el periodo de contratación respectivo. Una vez cumplido el plazo y para que la persona continúe siendo beneficiaria del régimen subsidiado, deberá presentar su carné de afiliación al ente territorial al que llega, con el fin de que sea tenido en cuenta en forma prioritaria para las siguientes ampliaciones de cobertura de ese municipio.

### **¿TODAS LAS PERSONAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEBEN REALIZAR COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS?**

No. La reforma a la Ley estableció que las personas con clasificación I del SISBEN no deben pagarlas.

### **¿A TODAS LAS PERSONAS QUE RECIBEN SERVICIOS SUBSIDIADOS SE LES APLICA EL SISBEN?**

La regla general es aplicar la encuesta del SISBEN a todas las personas afiliadas al régimen subsidiado. Sin embargo, la Ley estableció excepciones para población infantil abandonada, comunidades indígenas, población en condiciones de desplazamiento forzado, población indigente, población desmovilizada, los núcleos de familiar de madres comunitarias, perso-



nas adultas mayores que se encuentren en protección de ancianatos y la población rural migratoria.

### **¿CÓMO SE GARANTIZA QUE LAS ENTIDADES CUMPLAN LO QUE LES CORRESPONDE?**

Colocando en marcha el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud y haciendo control social o veedurías en forma individual o colectiva.

### **¿QUIÉNES INTEGRAN EL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?**

Superintendencia Nacional de Salud, Invima, Instituto Nacional de Salud, Secretarías de Salud y veedurías ciudadanas.

### **¿QUÉ PUEDE HACER UNA PERSONA QUE TENGA PROBLEMAS EN SU EPS?**

1. Realizar acciones de vigilancia o veeduría o control social, ya sea en forma independiente o colectiva, mediante derechos de petición, informe a las autoridades del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud o a través de los medios de comunicación-
2. Acudir a la Superintendencia Nacional de Salud pidiendo citar a una conciliación. Los acuerdos conciliatorios equivalen a una sentencia de juzgado.

### **¿ADEMÁS DE LAS FACULTADES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, CONTROL Y SANCIÓN, LA SUPERINTENDENCIA TIENE ALGUNA ATRIBUCIÓN PARA RESOLVER PROBLEMAS CON LAS EPS?**

Si. La reforma a la Ley 100 (ley 1122 de 2007) le concedió facultades jurisdiccionales a la Supersalud, facultándola para que actúe como juzgado, reciba denuncias, recolecte información o pruebas y dicte fallos en derecho o sentencias en los siguientes temas:

- a) cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud, cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;



- b) reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias, en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;
- c) conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- d) conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **¿EN QUÉ CONSISTE LA FIGURA DEL DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD?**

La figura llamada Defensoría del Usuario existen en otras instancias y la reforma a la Ley 100 (ley 1122) introdujo la misma en el tema de salud. Su objetivo es ser vocero de las personas afiliadas a la EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

### **¿DE DÓNDE SALE EL DINERO PARA QUE LA FIGURA DE LA DEFENSORÍA DEL USUARIO PUEDA FUNCIONAR?**

La Superintendencia Nacional de Salud es la encargada de recaudar y administrar los dineros a través de una cuenta a la cual llegan dineros girados por las EPS.



## DECÁLOGO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

1. Todas las personas con relación laboral o contratos independientes de servicios deben estar afiliadas al régimen contributivo.
2. No le haga “conejo” al sistema, si tiene capacidad de pago, afíliese al régimen contributivo.
3. Exija lo suyo, reclame su carné para recibir los servicios de salud
4. El contributivo sí paga. Usted tiene derecho a recibir subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad o incapacidad temporal por enfermedad general.
5. No le falle a su salud, pague oportunamente sus aportes a la EPS.
6. Exija calidad, trasladándose de EPS si no está satisfecho(a) con lo servicios que le presta.
7. Benefíciense de la afiliación: reciba los servicios de educación, salud, prevención de enfermedades, atención de urgencias, medicina general y especializada, odontología, hospitalización, cirugías, rehabilitación y atención de enfermedades de alto costo, crónicas y huérfanas.
8. Obtenga un regalo para su salud: los servicios de vacunación, citología vaginal, control prenatal, control de niña(o) sana(o), entre otros, son gratuitos.
9. Cúmplale a su salud, asista a las citas solicitadas y a los controles programados.
10. Participe en la asociación de usuarios con sugerencias verbales o escritas para mejorar los servicios de salud.



## DECÁLOGO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

1. Afiliarse al régimen subsidiado cuando esté en los niveles 1 y 2 del SIS-BEN.
2. No deje que otros decidan por usted. escoja la EPS del régimen subsidiado de su preferencia.
3. Exija lo suyo, reclame su carné para recibir los servicios de salud.
4. Beneficiarse de la afiliación: reciba los servicios de educación en salud, prevención de enfermedades, atención de urgencias, medicina general y especializada, odontología, hospitalización, cirugías, rehabilitación y atención de enfermedades de alto costo.
5. Obtenga un regalo para su salud: los servicios de vacunación, citología vaginal, control prenatal, control del niño(a) sano(a), entre otros, son gratuitos.
6. Verifique y consulte siempre por la IPS asignada.
7. Cúmplale a su salud, asista a las citas solicitadas y a los controles programados.
8. Trasládese de EPS del régimen subsidiado de no está satisfecho(a) con los servicios que le presta la actual. Exija calidad.
9. Juéguele limpio al sistema. Informe a la Secretaría de Salud su retiro temporal o definitivo del régimen subsidiado.
10. Participe en la asociación de usuarios con sugerencias verbales o escritas para mejorar los servicios de salud de su EPS del régimen subsidiado.



## BIBLIOGRAFÍA

*Acuerdo 77 del CNSSS*

*Acuerdo 192 del CNSSS*

*Decreto 806 de 1998*

*Decreto 047 de 2000*

*Decreto reglamentario 1485 de 1994*

*Ley 100 de 1993*

*Ley 1122 de 2007*

*Cartilla "Todo lo que debe saber sobre el sistema general de seguridad social en salud", la Secretaría de Salud de Bogotá*

*Cartilla "La verdad sobre copagos y cuotas moderados", ONUSIDA, Lideres en Acción*

